

Allergie-Fragebogen

Vom Patienten oder den Sorgeberechtigten auszufüllen!

Ihre Beschwerden (die Ihres Kindes) können allergischen Ursprungs sein, der auf bestimmte Stoffe Ihrer (des Kindes) Umgebung zurückzuführen ist. Um diese Allergieauslöser zu finden, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen gewissenhaft und ausführlich.

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Telefon: _____
Beruf: _____	Beruf des Partners: _____
Behandelnder Arzt: _____	

Kreuzen Sie bitte an und ergänzen Sie!

Gegenwärtige Beschwerden (Hauptbeschwerden unterstreichen):

<input type="checkbox"/> Augenentzündung	seit: _____	<input type="checkbox"/> Schnupfen	seit: _____	<input type="checkbox"/> Asthma-Anfälle: _____ mal/ Jahr	seit: _____
<input type="checkbox"/> Niesanfälle	seit: _____	<input type="checkbox"/> Bronchitis	seit: _____	<input type="checkbox"/> Schwellungen/ Ödeme	seit: _____
				(z.B. Augen/ Lippen/ Zunge)	wo: _____
<input type="checkbox"/> Reizhusten	seit: _____	<input type="checkbox"/> Pneumonie	seit: _____	<input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden	seit: _____
				(z.B. Durchfall, Bauchschmerzen, Blähungen)	
<input type="checkbox"/> Quaddeln	seit: _____	<input type="checkbox"/> Nesselfieber/ Urtikaria	seit: _____		
			wo: _____		
<input type="checkbox"/> Ekzeme	seit: _____	<input type="checkbox"/> Ergänzungen:	_____		

Auftreten der Beschwerden:

<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> ganzjährig gleich	<input type="checkbox"/> ganzjährig mit jahreszeitlicher Verschlechterung
<input type="checkbox"/> überwiegend in bestimmten Monaten (bitte Monat ankreuzen):		→ wann schlechter: _____
<input type="checkbox"/> Januar	<input type="checkbox"/> Februar	<input type="checkbox"/> März
<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Juni	<input type="checkbox"/> April
<input type="checkbox"/> September	<input type="checkbox"/> Oktober	<input type="checkbox"/> Juli
		<input type="checkbox"/> August
		<input type="checkbox"/> November
		<input type="checkbox"/> Dezember

Begünstigende bzw. auslösende Umstände:

Wetter:	Ort:	Tageszeit:
<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> Wiese/ Feld	<input type="checkbox"/> nachts von _____ bis _____ Uhr
<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> Wald	<input type="checkbox"/> morgens nach dem Aufstehen
<input type="checkbox"/> kalt	<input type="checkbox"/> Schule/ Arbeit	<input type="checkbox"/> tagsüber
<input type="checkbox"/> windig	<input type="checkbox"/> zu Hause	
<input type="checkbox"/> neblig	<input type="checkbox"/> im Keller	<input type="checkbox"/> andere: _____

Kontakt mit:

<input type="checkbox"/> Heu	<input type="checkbox"/> Mehl	<input type="checkbox"/> Staub	<input type="checkbox"/> Federn (welche?)
<input type="checkbox"/> Kosmetika (welche?)	<input type="checkbox"/> Medikamente (welche?)	<input type="checkbox"/> andere Stoffe: _____	

Besteht Kontakt mit folgenden Tieren:

<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Meerschweinchen	<input type="checkbox"/> Kaninchen	<input type="checkbox"/> Tauben
<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> Hamster	<input type="checkbox"/> Rind	<input type="checkbox"/> Ziervogel (welche?)
<input type="checkbox"/> Pferd	<input type="checkbox"/> andere: _____		

Zeigen sich Beschwerden nach dem Kontakt mit Tieren?

nein ja (welche?): _____

Haben sich die Beschwerden geändert? (im Urlaub, nach Wohnungswechsel, bei Besuch von Verwandten)

Besserung der Beschwerden durch: _____

Verschlechterung der Beschwerden durch: _____

Beschaffenheit der Wohnung:

<input type="checkbox"/> Altbau	<input type="checkbox"/> Neubau	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> trocken
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Einrichtung des Schlafzimmers:

<input type="checkbox"/> Teppichboden	<input type="checkbox"/> Polstermöbel	<input type="checkbox"/> Tierfelle	<input type="checkbox"/> Stoffspielzeug
<input type="checkbox"/> schwere Vorhänge	<input type="checkbox"/> kleiner Teppich	<input type="checkbox"/> Zentralheizung	<input type="checkbox"/> Tiere im Schlafzimmer

Beschaffenheit des Bettes:

<input type="checkbox"/> Rosshaarmatratze	<input type="checkbox"/> Schaumgummimatratze	<input type="checkbox"/> Federbett (welche Federn?)	<input type="checkbox"/> Wolledecke
<input type="checkbox"/> Federkernmatratze	<input type="checkbox"/> Federkissen (welche Federn?)	<input type="checkbox"/> Daunendecke (welche Federn?)	
<input type="checkbox"/> andere: _____			

Bitte wenden!

